

# Ellos de la calle, nosotras de la casa: el discurso patriarcal y las experiencias de mujeres que viven con el VIH/SIDA en Puerto Rico<sup>1</sup>

*They belong to the street, we belong to the house: patriarchal discourse  
and experiences of women living with HIV/AIDS in Puerto Rico*

Marinilda RIVERA-DÍAZ

Universidad de Puerto Rico. Recinto de Río Piedras (Puerto Rico)  
marinilda75@gmail.com

Nelson VARAS-DÍAZ

Universidad de Puerto Rico. Recinto de Río Piedras (Estados Unidos)  
nvaras@mac.com

Doralis CORIANO-ORTIZ

The Chicago School of Professional Psychology (Puerto Rico)  
doralis.coriano@gmail.com

Mark PADILLA

Florida International University (Estados Unidos)  
marpadi@fiu.edu

Marcos REYES-ESTRADA

Escuela de Medicina de Ponce (Puerto Rico)  
marcosjre@gmail.com

Neisha SERRANO

Universidad de Puerto Rico. Recinto de Río Piedras (Puerto Rico)  
neishapaola@gmail.com

Recibido: 08/04/2014

Revisado: 09/06/2014

Aceptado: 06/05/2015

Disponibile on line: 10/06/2015

## Resumen

Este trabajo busca comprender cómo el discurso patriarcal podría matizar los procesos de estigmatización en las mujeres puertorriqueñas con VIH/SIDA y cómo podría incidir negativamente en la adherencia al tratamiento. Se realizó un análisis secundario de información de un estudio sobre manifestaciones comportamentales del estigma con diseño mixto secuencial. Se analizaron cuatro grupos focales de mujeres puertorriqueñas con VIH/SIDA (n = 32). Del análisis se identificaron verbalizaciones relacionadas con: a) el papel de la maternidad; b) el acceso a servicios ginecológicos; c) la responsabilidad de la transmisión del VIH/SIDA a la mujer, viéndose el VIH/SIDA como castigo para la mujer puertorriqueña con VIH/SIDA debido a la promiscuidad de otras mujeres vinculadas a sus compañeros. Se reflejaron diferentes grados de estigmatización entre las mujeres puertorriqueñas con VIH/SIDA, y d) experiencias estigmatizantes de la mujer puertorriqueña con VIH/SIDA con profesionales de la salud, quienes las culpabilizan por no utilizar protección en las relaciones heterosexuales. El estigma estuvo matizado por la vía de infección, siendo más relevante aquellas vinculadas al discurso patriarcal. Las verbalizaciones apuntan al discurso de un VIH/SIDA con cuerpo femenino, con resultados nocivos para «aquellas de la casa», contagiadas por «aquellas que no están en la casa». Esta investiga-

<sup>1</sup> Este estudio fue apoyado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (3R01 MH080694-04S1) y el HIV/AIDS Substance Abuse & Trauma Training Program de la Universidad de California en Los Ángeles (R25 DA035692). El contenido es responsabilidad única de los autores/as y no refleja la opinión oficial de NIMH o NIH.

ción contribuye a futuros esfuerzos para prevenir el VIH/SIDA, insertando valores culturales y sociales adscritos en una sociedad patriarcal como elementos vinculantes con la vulnerabilización de mujeres al VIH/SIDA.

**Palabras clave:** mujeres, discurso patriarcal, VIH/SIDA, Puerto Rico.

### Abstract

This study aims to understand how patriarchal discourse could influence the processes of stigmatization of Puerto Rican women living with HIV/AIDS (WLHA) and how this could negatively affect adherence to treatment in this population. This study is a secondary analysis of data from a larger project addressing behavioral manifestations of HIV/AIDS stigma. Three focus groups of WHA (n=32) were analyzed. Verbalizations were related to: a) blame towards WLHA for not using protection during intercourse, b) HIV/AIDS as a punishment for WLHA as a result of other «promiscuous» women that came in contact with their partners, and c) stigma associated to infection via unclean needle sharing for intravenous drugs use due to WLHA «not being in their house». Stigma towards WLHA was related to the mean of infection, being more relevant those linked to patriarchal discourses that prevail in Puerto Rican society. The verbalizations point to an HIV stigmatizing discourse towards the feminine body enmeshed in patriarchal notions of how women should behave. Social stigmatization of HIV/AIDS should be reassessed from a gender perspective in research as well as interventions with WHA.

**Keywords:** women, patriarchal discourse, HIV/AIDS, Puerto Rico.

**Referencia normalizada:** Rivera-Díaz, M., Varas-Díaz, N., Coriano-Ortiz, D., Padilla, M., Reyes-Estrada, M., y Serrano, N (2015): «Ellos de la calle, nosotras de la casa: el discurso patriarcal y las experiencias de mujeres que viven con el VIH/SIDA en Puerto Rico». *Cuadernos de Trabajo Social*, 28(1): 83-92.

**Sumario:** Introducción. 1. Estigma y VIH/SIDA. 2. Discurso patriarcal y VIH/SIDA en las mujeres de Puerto Rico. 3. Método. 4. Resultados. 5. Discusión. 6. Conclusiones. 7. Referencias bibliográficas.

## Introducción

La feminización del VIH/SIDA, especialmente en la región de El Caribe, requiere una acción urgente por parte de las investigaciones sociales y los gobiernos. Esta realidad ha tocado muy de cerca a países como Haití y República Dominicana, no siendo Puerto Rico la excepción. Según el *Center for Disease Control and Prevention* (2012) para el año 2010 se detectaron en Puerto Rico 1.111 nuevos casos de VIH, de los cuales 274 eran de mujeres mayormente afectadas por relaciones heterosexuales sin protección. Para noviembre 2013, Puerto Rico había reportado 36.237 casos de SIDA y 9.472 casos de VIH, de los cuales 3.001 eran de mujeres (Departamento de Salud, 2013). Se ha documentado como el VIH/SIDA ha afectado desproporcionadamente a las mujeres en comparación con los hombres (Sepúlveda-Torres *et al.*, 2012). Sin embargo, es limitado el análisis sobre cómo elementos de la cultura patriarcal pudieran ser perjudiciales para la salud e incidir en la vulnerabilización de estas con el VIH y su evolución a la enfermedad del SIDA (Ortiz, Serrano-García, Burgos-Torres, 2000). Este trabajo busca comprender cómo elementos del discurso patriarcal matizan los procesos de estigmatización en las mujeres que viven con VIH/SIDA y como

ello pudiera incidir negativamente en el tratamiento de esta población.

### 1. Estigma y VIH/SIDA

Erving Goffman (1963) definió el estigma como un atributo profundamente desacreditador que deshumaniza a la persona. Genera respuestas negativas o efectos indeseados en los estigmatizados/as, afectando severamente a la habilidad de una persona de coexistir en la sociedad, debido a las consecuencias de la estigmatización. El estigma puede conllevar sentimientos de vergüenza, culpa y aislamiento social de la persona. Las percepciones de estigma surgen de las interacciones sociales en las cuales los miembros de un grupo interpretan las acciones de los otros (verbales y no verbales) como resultado de su desacreditado estatus dentro de la sociedad. Los tres tipos de estigma identificados por Goffman son: a) abominaciones corpóreas, b) manchas de carácter, y c) estigma tribal. El primero está vinculado a deformidades físicas de los sujetos. El segundo está relacionado con comportamientos de una persona o historial de institucionalización. El tercer tipo de estigma es aquel que se da como producto de la raza, religión, o nacionalidad de una persona (citado en Robbins, Chatterjee & Canda, 2006). Las personas de raza negra que viven en pobreza, los

grupos de la comunidad lésbica, gay, bisexual, transexual y transgénero (LGBTT), los transgresores de la ley y aquellos/as que sufren condiciones físicas y mentales han enfrentado retos impuestos por las nociones estigmatizantes socialmente construidas.

En el caso del VIH/SIDA, el estigma se refiere al prejuicio, la discriminación o la desacreditación dirigida a personas que son percibidas como afectadas por el VIH/SIDA; y a las personas, los grupos y las comunidades con las que ellos y ellas se asocian (Herek & Capitanio, 1998). Algunos de estos grupos son: a) usuarios de drogas ilegales; b) hombres que tienen sexo con hombres; c) mujeres trabajadoras del sexo, entre otros (MacQuarrie, Eckhaus, & Nyblade, 2009). Las personas que viven con VIH/SIDA son susceptibles de vulnerabilidad tanto por la enfermedad como por la estigmatización, y se debe a las nociones que se tienen sobre la enfermedad, pues se limitan al reconocimiento de que es contagiosa, incurable y, por lo tanto, mortal. Además, se asocia a grupos marginados, como a las trabajadoras sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres y los usuarios de sustancias nocivas intravenosas. Dadas las interpretaciones sobre esta condición, no sorprende encontrar que investigaciones sobre estigma y el VIH/SIDA se basan en las creencias y actitudes de los grupos estigmatizadores (Parker & Aggleton, 2003). Estudios que abordan factores individuales sobre esta temática han identificado actitudes, conocimientos, percepciones y comportamientos en torno a la infección del VIH/SIDA para subsiguientemente documentar los efectos del estigma en las personas que viven con VIH/SIDA. Algunas de estas investigaciones han sido realizadas en los escenarios de la salud, con personas que viven con VIH/SIDA y profesionales (Kang, Rapkin, Remien, Mellins y Oh, 2005; Schuster *et al.*, 2005; Venable, Carey, Blair y Littlewood, 2006; Varas-Díaz y Marzán-Rodríguez, 2007; Yannessa, Reece, y Basta, 2008).

Las actitudes estigmatizadoras por parte de profesionales de la salud relacionados con el VIH/SIDA presentan un escenario complejo para el cuidado de salud de las personas que viven con VIH/SIDA, ya que limitan la calidad de las estrategias de tratamiento implementadas por profesionales de salud (Kang, Rapkin, Remien, Mellins y Oh, 2005; Venable, Carey, Blair y Littlewood, 2006). En un estudio realizado en Es-

tados Unidos con personas que viven con VIH/SIDA el 36 por ciento de los participantes se sintieron discriminados por un médico y el 8 por ciento reportó que se le negó el cuidado médico (Schuster *et al.*, 2005). Estos resultados son consistentes con otros estudios llevados a cabo en Estados Unidos (Yannessa, Reece & Basta, 2008), Puerto Rico (Varas-Díaz, Serrano-García y Toro-Alfonso, 2005; Varas-Díaz y Marzán-Rodríguez, 2007), en México (Infante *et al.*, 2006), y otros (Andrewin y Li-Yin, 2008; Ortiz, 2008; Oliva-Venereo, Saavedra-Ramírez y Viñas-Martínez, 2009). Varios de estos estudios revelaron como las personas que viven con VIH/SIDA consideran que los servicios de salud son poco respetuosos para atender a esta población, carentes de información sobre el VIH y pobre sensibilidad al momento de proporcionarle el diagnóstico (Ortiz, 2008). Estas experiencias se podrán comprender mejor si las evaluamos dentro de las jerarquías de poder que permean las interacciones entre las estructuras sociales y las personas que las componen.

Parker & Aggleton (2003) han basado sus planteamientos en los postulados teóricos de Foucault, indicando que el estigma devalúa a unos grupos y a la vez exalta a otros. El estigma está vinculado a las relaciones de inequidad que existen dentro de la sociedad y es por lo que el análisis de los procesos de estigmatización y discriminación hacia el VIH/SIDA requieren que pensemos en cómo se excluye socialmente a las personas y los grupos y en las fuerzas que crean y refuerzan la exclusión. Ellos presentan un marco que permite comprender el estigma como resultado de la interrelación entre la cultura, el poder y la diferencia. Partiendo de este marco, los roles de género y el discurso patriarcal son claves en el abordaje y la comprensión del estigma, especialmente en las mujeres que viven con VIH/SIDA.

## 2. Discurso patriarcal y VIH/SIDA en las mujeres en Puerto Rico

En años recientes, Puerto Rico ha presentado un cambio en las nuevas infecciones de VIH/SIDA, tomando estas un rostro femenino (Ortiz, Serrano-García y Burgos-Torres, 2000). En el caso particular de Puerto Rico, estos cambios están relacionados por la transmisión de la infección por la vía de las relaciones heterosexuales sin protección (*ídem*). Hay estudios que demues-

tran que la población femenina está en mayor riesgo de infección del VIH/SIDA que la masculina por algunos elementos biológicos (Oliva-Venero, Saavedra-Ramírez, Viñas-Martínez, 2009), sociales y culturales (Ortíz, Serrano-García y Burgos-Torres, 2000).

Los factores sociales, estructurales (Scambler, 2006; Marzán-Rodríguez, Cintrón-Bou y Varas-Díaz, 2011; Rivera-Díaz, Varas-Díaz, Reyes-Estrada, Suro, Coriano, 2012) y culturales como: los roles de género, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y las razones étnicas han sido documentados como factores que pueden hacer más vulnerables a las mujeres con el VIH/SIDA (Herrera y Campero, 2002; Rodríguez-Madera y Varas-Díaz, 2012). La construcción del género se refiere a la diferencia entre lo masculino y lo femenino basada en lo socialmente establecido (Valle-Ferrer, 2011). Partiendo de esta definición, la sociedad espera que mujeres y hombres se comporten de formas distintas y asuman distintos roles. Estas distinciones entre hombres y mujeres están matizadas por la ideología patriarcal, que históricamente ha estado en la psiquis socio cultural, y define las diferencias como unas «naturalmente» dadas. De esta forma se justifican las diferencias de poder e inferioridad entre hombres y mujeres (Facio, s/f).

Esta naturalización es sostenida por paradigmas biologicistas y aceptados socialmente como parte del cuerpo de la mujer (Villegas, 2009). Villegas menciona:

En la niñez: la perorata del «no te toques», «no andes desnuda», no muestres las pantaletas», como expresión de la negación de la sexualidad y la genitalidad de las niñas. En contraposición a la laxitud en referencia a la conducta con el niño, con quien inclusive se hacen gestos y mimos alrededor de su pene. En la menarquía comienzan los mitos sobre las enfermedades de las mujeres y se acentúa el discurso sobre el «resguardo de la virginidad (...) En la adultez de la mujer florece el discurso patriarcal, ejemplos en los diagnósticos de los Tratados de Psiquiatría sobre «la ninfomanía», la «depresión postparto» y otros. Muchas veces vulnerando el derecho al goce y disfrute de los derechos sexuales de la mujer (p. 132).

En ese intento de control del cuerpo, la mente y la sexualidad de la mujer, dada una supuesta «inferioridad biológica», se manifiesta una

estructura de poder compleja a través de diversas instancias (biológicas, sociales, políticas, económicas y culturales) y cuyos efectos hacen vulnerable su salud.

El estigma hacia las mujeres que viven con VIH/SIDA de igual manera se encuentra relacionado con la desigualdad de género y con ello el rol que socialmente se espera de las mujeres. Ello se debe a las nociones que prevalecen sobre la condición y a la creencia de que las «malas» mujeres son las que pudieran o merecieran contagiarse de VIH/SIDA. En este grupo se clasifican: aquellas mujeres trabajadoras del sexo y aquellas con múltiples parejas sexuales, entre otras, cuyos comportamientos sexuales no son los socialmente establecidos por la cultura patriarcal.

El discurso patriarcal impone a la mujer en el espacio de lo doméstico o familiar roles de «esposa o madre, mujer trabajadora, asalariada o madre devota» (Valle-Ferrer, 2011, p. 137), mientras que los hombres pueden limitarse a ser trabajadores y padres o ser esposos y padres. Esto abre paso a lo que Herrera y Campero (2002) llaman vulnerabilidad social. Mientras las mujeres tengan menor acceso a la educación y al trabajo asalariado, continuarán dependiendo de los hombres y su acceso a servicios de salud puede ser limitado (Herrera y Campero, 2002). Valle-Ferrer (2011) plantea que a la mujer «se le adjudica responsabilidad por el éxito o fracaso de la vida familiar a la vez que se les ve como una propiedad del hombre» (p. 137). Esta mentalidad de que las mujeres deben someterse al hombre presenta un peligro para su capacidad para ejercer la autoeficacia, en especial en los procesos de negociación de protección contra el VIH/SIDA con sus parejas (Noboa-Ortega y Serrano-García, 2006). Esto sucede como consecuencia de la creencia en que el rol de las mujeres incluye complacer a su pareja en los encuentros sexuales (Noboa-Ortega y Serrano-García, 2006).

Sin embargo, cuando una mujer es afectada por el VIH/SIDA, el estigma que sufre es más fuerte. El discurso patriarcal asume que la mujer debe llegar virgen al matrimonio, ser «ignorante» en cuanto a sexualidad, mostrar pasividad y no expresar deseos sexuales, pero debe complacer sexualmente al hombre, a diferencia del hombre, que se considera un ser activo sexualmente por «naturaleza» (Noboa-Ortega y Serrano-García, 2006). Debido a esto, las mujeres

que viven con el VIH/SIDA no solo cargan con el estigma de tener esta condición, sino que también se les castiga poniéndoles un sello de promiscuidad por el hecho de tener una infección vinculada al acto sexual.

### 3. Método

Se realizó un análisis secundario de información obtenida de un estudio con un diseño mixto secuencial, titulado «Manifestaciones comportamentales del estigma hacia el VIH/ SIDA en profesionales de la salud». La integración de las mujeres en el estudio tuvo varios propósitos: Primero, la necesidad de integrar voces sobre las diversas experiencias de esta población en los estudios en torno al VIH/SIDA en Puerto Rico; Segundo, debido a que es uno de los grupos más afectados en la isla. Tercero, por la necesidad de explorar los matices del discurso patriarcal dentro de los procesos de estigmatización hacia las mujeres que viven con el VIH/SIDA y sus efectos nocivos en la salud de esta población.

Al recibir la aprobación de la Junta Examinadora para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico (IRB #1011-097), se comenzó con la primera fase en la que se desarrollaron 9 grupos focales (GF) (N=67) de hombres y mujeres. Para efectos de este análisis, se utilizó información de cuatro grupos de las mujeres que viven con el VIH/SIDA (n=32). Todos los grupos focales fueron grabados en audio y luego analizados en vivo. Se llevó a cabo el análisis mediante el uso de la teoría fundamentada y se realizó la técnica de triangulación de investigadores (Strauss, 2003). De este análisis surgieron un total de 16 dimensiones con 56 categorías.

### 4. Resultados

Esta sesión presentará las verbalizaciones relacionadas con la dimensión «discurso patriarcal, género y VIH» que emerge como parte del análisis secundario que se llevó a cabo con los grupos focales de mujeres que viven con el VIH/SIDA. Dentro de esta dimensión se resaltan

experiencias estigmatizantes dentro del escenario de la salud y su vinculación con el discurso patriarcal. Dicha dimensión se dividió en cuatro categorías: a) papel de la maternidad, b) el acceso a servicios ginecológicos, c) la responsabilidad de la transmisión del VIH/SIDA, y d) las experiencias estigmatizadoras de las mujeres que viven con el VIH/SIDA MVS con los profesionales de la salud.

a) Rol de la maternidad: definido como la noción que tienen las mujeres participantes sobre la fecundidad, el aborto y el derecho a la maternidad, y a ser madres e involucrarse en la crianza de los hijos/as. Una de las experiencias resaltadas dentro de esta categoría es la visión médica prevaleciente sobre el derecho restringido a la maternidad que debe tener una mujer con el VIH/SIDA y el control del cuerpo femenino por la ciencia. Una de las participantes expresó:

Tengo ya seis meses de embarazo, voy a la cita, cuando entro que digo «Buenos días», no hay nadie ... hay una revista encima del escritorio, con una mujer embarazada y un bebé en el vientre, yo dije: «esa soy yo», cuando llegan los trabajadores sociales, una batería de psicólogos, ... «entra, siéntate aquí», cuando yo miro hasta allá y yo «¡ah! pues bien», antes de que la psicóloga empezara a hablar le dije: «¿Qué? ¿Que tengo VIH?, que me van a sugerir que me saque a mi bebé (...) no, mi bebé tiene que vivir y yo también. Desde ese momento dije que en mí iban a encontrar la cura para el VIH (...) me aferré a eso ... tuve mi bebé, mi bebé se me murió, no se me murió de la condición ... viene el ginecólogo me dice: «¿te vas a operar?», porque yo había llenado los papeles para operarme, le dije: «no, yo voy a tener una bebé (MV 25<sup>2</sup>).

b) Acceso a servicios ginecológicos: definida como la limitación en el acceso a los servicios ginecológicos que presentan las mujeres participantes. Se evidencia en la falta de servicios ginecológicos, la negación de estos para las mujeres que viven con el VIH/SIDA y las actitudes por parte de profesionales de la salud que enfrentan las participantes para acceder a los

<sup>2</sup> Esta codificación se refiere a Mujeres Variado (MV), para identificar al grupo de mujeres participantes del estudio que fueron afectadas por el VIH/SIDA a través de múltiples vías de infección, entendiéndose relaciones heterosexuales sin protección y/o uso de drogas ilegales por vía intravenosa con jeringuillas infectadas. El #25 se refiere al número asignado a la participante dentro del grupo focal.

servicios ginecológicos. Una de las verbalizaciones que presentamos está relacionada a la negación de servicios ginecológicos. Una de las participantes expresó:

El ginecólogo ... yo me atendía con él, luego que yo salgo de CREA, pues, me sigo dando los servicios, ¿verdad? ... y cuando él se enteró de que yo era VIH, él no me atendió más na' ..., a mí me dieron hasta de baja ... del ginecólogo, a mí no me atendieron más, yo no aparecía ni en las listas de cita (MV 61).

Una de las mujeres narró una experiencia donde se le negó una sala de cirugía al médico que la había solicitado previamente para su intervención quirúrgica. Ante la negativa, el médico tuvo que realizarla sin anestesia y en un cuarto no preparado para ese tipo de intervención. Esta experiencia resultó un proceso muy doloroso y violento con su cuerpo y sus derechos como mujer.

Yo... había salido con unas células cancerosas y el médico... me había metido en la sala para hacerme un... como una especie de... era quemarme esas células en caliente. Necesitaba la sala de operaciones ya que el procedimiento es demasiado fuerte. Pues él me citó para ese día y todo: «ven en ayunas aquí a las cinco de la mañana a tal sitio porque te va orientar la anesthesióloga y eso para entrarte a sala». Pero cuando la anesthesióloga me está orientando yo le dije que yo era VIH, en esos precisos momentos le negaron la sala al médico. El médico me dijo: «¿Qué fue lo que pasó?» Y yo pues: «que yo le dije a ella que yo era VIH... Pues el médico terminó haciéndome ese procedimiento en un cuartito de esos de ginecología ,que lo que hizo nada más fue anestesiarme esa área nada más con un spray que los gritos míos se oían afuera, porque ni era el sitio. Por eso él quería sala de operaciones... (MV 34).

c) Responsabilidad de la transmisión de la condición: definida como la adjudicación de responsabilidad de la transmisión del VIH a la mujer. Además, se presentan contrastes entre la adjudicación de responsabilidad a las mujeres dependiendo de la vía de infección. Se presentan verbalizaciones de mujeres que fueron culpabilizadas por haberse contagiado con la infección. Entre ellas se destacan aquellas vinculadas al discurso patriarcal que ponen el énfasis en la función privada de la mujer en el espacio del hogar:

Yo pienso que sí, porque todavía el machismo está bien fuerte, entonces, pues, siempre a la mujer como que se «recelega»[margina], y este... nos tratan... somos las malas, por ser mujer (haciendo como si fuera otra persona) «vamo'» (vamos) a aquel es hombre,...él es de la calle, la mujer es de la casa (MV 26).

Vinculados a este discurso se resaltan los contrastes en la adjudicación de responsabilidad por la transmisión del VIH, dependiendo de la vía de infección y, por consiguiente, de su vínculo con el cumplimiento del rol socialmente esperado. Es decir, la estigmatización puede ser de menor grado cuando la mujer ha sido infectada por su esposo en el cumplimiento de esta como mujer, esposa y amante, aunque ello le cueste la infección del VIH/SIDA. Una de las participantes verbalizó:

Pienso que a veces cuando son contagiadas por transfusión o por el marido, pues, a la mujer le cogen con más penas, ¡pobrecita!, la contagiaron. Pero cuando es por drogas, pues piensan que se lo buscó porque al ser usuario de drogas, pues sabía lo que le iba a pasar y por esa razón el discrimin es más grande hacia el usuario de drogas que a los demás (MV35).

Además se observó que el discurso patriarcal está presente en la psiquis de las mujeres y con ello las nociones estigmatizadoras sobre su condición; se convierten en entes opresivos de ellas mismas y de las «otras», al culpabilizarse y culpabilizarlas por la infección. Es decir, si la «otra» hubiese estado en su casa no habría contagiado al hombre y el hombre no habría contagiado a su pareja. Dos verbalizaciones exponen dicho argumento:

Es que si nosotros nos acostamos con una pareja, nos estamos acostando con todas esas mujeres que ese hombre se acostó, y al no protegernos pues ahí es que viene el contagio, porque seguimos propagando...» no, yo me acosté con fulano», porque a veces vienen unas mujeres, y yo te voy a decir ahora, yo estuve en unos grupos de apoyo en Fajardo, espectaculares, y allí hay unas mujeres, que yo llevé un día a mi hijo, yo dije (haciendo como si hablara con el hijo) «yo quiero que tu vayas conmigo, a un grupo de apoyo de estas mujeres, ...usted las veía mi «pana» (amigo/a) en la calle, y había que decirle usted y tenga, porque eran preciosas, unas mujeres con unos cuerpazos, y unos, y visten bien y tienen buen ca-

rró y todo, pero, tenían la condición, y yo le decía a mi hijo: «viste, eso es lo que tú tienes que ver, tú tienes que protegerte, mira así esté en la esquina, o esté en un «Mercedes» (vehículo marca Mercedes-Benz), ...porque tú no sabes... quien está con la condición, y ahí te vas... enredao' (MV 28).

Otra participante indicó:

A pesar del hombre ser de la calle, como siempre se nos ha dicho, por los siglos de los siglos que hemos vivido... al momento de tocar, esto, el VIH, en una pareja, y si es mujer, y se une con una persona que no tenga la condición y la mujer le explica ( haciendo como si le hablara a alguien) «tengo esto» somos culpables porque lo infectamos, osea, para el mundo, pues esto marcha de esta manera... ah, la mujer, pues como la mujer es como, como un pote, usted le puede echar muchas cosas... y a la hora de ella decidir abrirlo y esparcirlo... pues ahí es la culpable de infectar a fulano, sin saber a lo mejor que fulano ya estaba infectado» (MV 25).

d) Experiencias estigmatizantes de la mujer que vive con VIH/SIDA con profesionales de la salud, definidas como manifestaciones verbales realizadas por parte de un profesional de la salud como muestra de prejuicio, rechazo, culpabilidad por ser mujer con VIH. La internalización del discurso patriarcal y con ello las nociones socialmente construidas sobre el VIH/SIDA en nuestra sociedad fueron expresados de igual forma por mujeres profesionales en el campo de la salud hacia las mujeres que viven con VIH/SIDA. En una experiencia de una de las mujeres participantes con una doctora, ella expresó:

No me infecté... por consecuencia de estar en... adicción, sino, por una pareja mía que... estuve con el viviendo tres años y no sabía que a espaldas mías, cogía mujeres..., y las utilizaba para estar satisfaciéndose a mis espaldas, utilizaba mi apartamento mientras yo iba a convivir con mis hijos hacia Vega Alta... y entonces aprovechaba esa oportunidad para estar con..., con diferentes mujeres, tuve tres años sin protegerme, pues ¡imagínate!, era mi esposo, qué yo iba a pensar yo... tuve bien, bien, con, con, depresiva, tuve que ir, recurrir a la clínica... y le dejé saber a mi

doctora... tuve que, que recurrir a ella y orientarme y dejarle saber cómo me había contagiado... pues ella, en vez ...de ayudarme, lo que me dijo era que yo tenía la culpa, entonces después yo estaba arrastrando con un sentido de... culpabilidad. Si... que la culpa la tenía yo, porque yo tenía como quiera que protegerme y yo le dije: «doctora pero y cómo me voy a proteger, si es mi marido de 3 años... y yo estaba consciente de que él no estaba enfermo»... (MV 24).

Otra experiencia, en esta ocasión con una enfermera expone nuevamente el discurso social en torno al comportamiento de aquellas mujeres que viven con VIH/SIDA como unas «con un ritmo de vida». Dicha verbalización recoge el discurso construido de la mujer afectada por el VIH/SIDA como aquella cuyo «ritmo de vida» está vinculado al trabajo y la promiscuidad sexual. O sea, se asume que el VIH/SIDA en cuerpo femenino es igual a mujer promiscua. En la verbalización siguiente no solo se plasma dicha construcción, sino que se adscribe de igual forma a un cuerpo femenino no higiénico.

Tú sabes que cada año tengas o no tengas condición tienes que hacerte el examen ginecológico... me hice lo del cáncer aquí, porque ya hacía tres años que no me hacía... entonces una de las enfermeras me dice: ¿Te lavaste bien la crica<sup>3</sup>? porque chocha es chocha y chocha apesta como quiera... Entonces llama allá y dice: Mira tengo un paciente de salud SIDA porque a todo el mundo está saliendo con la prueba de papiloma humano porque por el ritmo de vida que ella lleva»..., yo no llevo ningún ritmo de vida, mi ritmo de vida es llevar a mis hijas a la escuela a buscarlas y estar en mi casa metía, ...ella no me puede a mi juzgar... porque yo tenga esto no quiere decir y yo si estoy con una persona se la digo, ...y después ¿Cómo cogiste la condición? ¿Qué le importa a ella cómo yo la cogí y cómo la dejé de cojer?... ella piensa que yo soy una puta, que el lunes estoy con uno y el martes estoy con otro sin saber cómo yo lo cogí... ¿Qué te importa como yo lo cogí? esos no son problemas de ellas, eso fue lo que me molestó (MV36)

## 5. Discusión

El estigma es una construcción social producto de cómo se conforman jerárquicamente las relaciones de poder y la desigualdad entre los diver-

<sup>3</sup> La palabra «crica» es una palabra utilizada despectivamente en la jerga popular para referirse a la vulva y la vagina.

esos grupos dentro de una sociedad. En el caso del estigma en mujeres afectadas por el VIH/SIDA, este proceso posee una dimensión adicional de análisis relacionada al discurso patriarcal. Dicho discurso se manifiesta de forma opresiva en contra de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA, tanto en los escenarios salubres como en los espacios sociales donde viven la cotidianidad y en sus relaciones de pareja y familias. Además, las experiencias estigmatizantes ejercen mayor opresión de acuerdo a la vía de infección con la condición del VIH en la mujer. Siendo el VIH/SIDA una condición cuya historicidad y construcción apuntan a una narrativa de contagio sexual, promiscuidad, peligrosidad y mortalidad por parte de unos grupos socialmente marginados, las mujeres quedan doblemente al margen. Esto se da como resultado de su condición positiva al VIH/SIDA y por el vínculo de la condición con la dimensión sexual, la cual según el discurso patriarcal, esta debe ser controlada de los placeres y reservada para la reproducción por su carácter biológico y «natural».

Las experiencias verbalizadas de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA, a través de este estudio, sostienen el argumento de la corriente feminista de que las diferencias entre hombres y mujeres son definidas por el control que ejercen éstos sobre la sexualidad, estado emocional, y reproducción, y por consiguiente la división del trabajo doméstico (Valle-Ferrer, 2011). Este discurso patriarcal de igual forma transgrede la psiquis de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA, convirtiéndolas en entes opresivos de ellas mismas y de las «otras» al culpabilizarse por tener esta condición. Estas verbalizaciones pudieran apuntar a un discurso de un VIH/SIDA con cuerpo femenino responsable por la propagación de la infección, con resultados nocivos para «aquellas de la casa», contagiadas por «aquellas que no están en la casa». Estas nociones estuvieron presentes tanto en los escenarios salubristas como en otros espacios sociales. Estos resultados coinciden con estudios realizados con mujeres afectadas por el VIH/SIDA, donde sugiere que algunos aspectos de la cultura patriarcal, creencias, aptitudes y normas sociales sobre la sexualidad están presentes aun en la población (Ortiz, Serrano-García y Burgos-Torres, 2000). Estos resultados presentan implicaciones directas para el diseño de programas y

estrategias de prevención y atención al VIH/SIDA que integren no solo a las mujeres que viven con VIH/SIDA sino también a los propios profesionales de la salud.

## 6. Conclusiones

Dado el aumento de casos nuevos de VIH en mujeres, especialmente en El Caribe, es importante replantearnos estudios, intervenciones y políticas públicas de VIH/SIDA en mujeres desde una perspectiva de género. Por otro lado, es necesario también explorar como factores políticos y económicos vinculados a las tendencias globales y con ello las nuevas formas de estructuración social (corrientes migratorias, desempleo, turismo, etc.) y de infección de VIH (turismo y sexualidad, migración sexual) vulnerabilizan directamente a las mujeres (Dean, y Fenton, 2010). Finalmente, se hace imperativo que estudios abordando el VIH/SIDA consideren las tensiones entre los elementos culturales y sociales al interior de la propagación de la infección en la población de mujeres, con especial atención aquellos grupos culturalmente atados al discurso patriarcal, como lo son los grupos Latinos. Esto se logrará mediante el diseño e implementación de metodologías mixtas y cualitativas en las investigaciones que recojan las voces, definiciones e interpretaciones de las normas, creencias y aptitudes hacia la sexualidad en las mujeres y los hombres. De igual forma, los diseños de las intervenciones para la atención y prevención de esta problemática deben considerar las fuerzas culturalmente opresoras que inciden en la propagación de la infección y vulnerabilización de la salud de las mujeres.

Aunque el impacto de los movimientos de las mujeres a nivel mundial, ha sido importante en la articulación de nuevas formas de posicionamiento de las mujeres dentro de la sociedad (Oliva-Venereo, Saavedra-Ramírez y Viñas-Martínez, 2009), no es menos cierto que la agresiva historicidad del discurso patriarcal ha representado un reto, pues aún permea en la psiquis de la población. Esto es particularmente claro cuando se llevan a cabo estudios relacionados con la sexualidad de las mujeres y las infecciones de transmisión sexual. En una sociedad donde la mujer es llamada a atender el hogar y anteponer su salud por su familia, donde su cuerpo y su sexualidad han estado históri-



camente definidas y bajo el dominio de la masculinidad, el sentido de culpa, y responsabilidad por afectarse con el VIH será una razón adicional para no acceder a tratamientos que prolon-

guen su calidad de vida. Como resultado, la cantidad de mujeres que desarrollen su condición a SIDA o presenten mayores complicaciones de salud poniendo en riesgo sus vidas, será mayor.

## 7. Referencias bibliográficas

- Andrewin, A. & Li-Yin, C. (2008). Stigmatization of Patients with HIV/AIDS among Doctors and Nurses in Belize. *AIDS Patient Care & STDs*, 22(11), 897-906.
- Center for Disease Control and Prevention. (2012, October 12). Morbidity and Mortality Weekly Report. Geographic Differences in HIV Infection among Hispanics or Latinos—46 States and Puerto Rico, 2010. *Weekly*, 61(40), 805-810. Recuperado de: [http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6140a2.htm?s\\_cid=mm6140a2\\_e%0d%0a](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6140a2.htm?s_cid=mm6140a2_e%0d%0a).
- Departamento de Salud. Programa de Vigilancia del VIH/SIDA. (2013, Noviembre). *Puerto Rico AIDS Surveillance Summary*. Recuperado de: [http://www.estadisticas.gobierno.pr/iepr/Estadisticas/InventariodeEstadisticas/tabid/186/ctl/view\\_detail/mid/775/report\\_id/ba678161-3516-4913-b89a-3b6b66ee3e8a/Default.aspx?f=1.6](http://www.estadisticas.gobierno.pr/iepr/Estadisticas/InventariodeEstadisticas/tabid/186/ctl/view_detail/mid/775/report_id/ba678161-3516-4913-b89a-3b6b66ee3e8a/Default.aspx?f=1.6)
- Dean, H. D. & Fenton, K. A. (2010). Addressing social determinants of health in the prevention and control of HIV/AIDS, viral hepatitis, sexually transmitted infections, and tuberculosis. *Public Health Reports*, 125(4), 1-5.
- Facio, A. (s/f). *Feminismo, Género y Patriarcado*. Recuperado de: <http://centreantigona.uab.es/docs/articulos/Feminismo,%20g%C3%A9nero%20y%20patriarcado.%20Alda%20Facio.pdf>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York, NY: Simon & Schuster, Inc.
- Herek, G. & Capitanio, J. (1998). Symbolic prejudice or fear of infection? A functional analysis of AIDS-related stigma among heterosexual adults. *Basic Applied Social Psychology*, 20(3), 230-241.
- Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44(6), 554-564.
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública México*, 48, 141- 150.
- Kang, E., Rapkin, B. D., Remien, R. H., Mellins, C. A., & Oh, A. (2005). Multiple dimensions of HIV stigma and psychological distress among Asians and Pacific Islanders living with HIV illness. *AIDS & Behavior*, 9(2), 145-154.
- MacQuarrie, K., Eckhaus, T., & Nyblade, L. (2009). HIV-related stigma and discrimination: A summary of recent literature. *UNAIDS*. Recuperado de: [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20091130\\_stigmasummary\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20091130_stigmasummary_en.pdf)
- Marzán-Rodríguez, M., Cintrón-Bou, F. N. y Varas-Díaz, N. (2011). Más que una responsabilidad individual: Factores socio estructurales y el estigma relacionado al VIH/SIDA. *Investigaciones en Psicología*, 16(1), 83-94.
- Noboa-Ortega, P. y Serrano-García, I., (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 21-43.
- Oliva-Venereo, D., Saavedra-Ramírez, C. y Viñas-Martínez, A. L. (2009). Las mujeres y el VIH/SIDA ¿Por qué un problema? *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(5), 113-120.
- Ortiz, O. (2008). *Estigma y discriminación en los servicios de prueba de VIH con orientación en el sector privado en Guatemala: Un estudio cualitativo*. Bethesda, MD: Private Sector Partnerships-One Project, Abt Associates, Inc.
- Ortiz, B., Serrano-García, I., Burgos-Torres, N. (2000). Subverting culture: promoting HIV/AIDS prevention among Puerto Rican and Dominican women. *American Journal of Community Psychology* 28(6), 859-881. doi:10.1023/A:1005167917916.

- Parker, R. & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57, 13-24.
- Rivera-Díaz, M., Varas-Díaz, N., Reyes-Estrada, M., Suro, B. y Coriano, D. (2012). Factores socio estructurales y el estigma hacia el VIH-SIDA: Experiencias de puertorriqueños/as con VIH/SIDA al acceder servicios de salud. *Salud y Sociedad*, 3(2), 180-192.
- Robbins, S., Chatterjee, P. & Canda, E. (2006). *Contemporary Human Behavior Theory: A critical perspective for social work*. (2<sup>nd</sup> edition). Boston: Allyn & Bacon.
- Rodríguez- Madera, S. y Varas-Díaz, N. (2012). Puerto Rican heterosexual serodiscordant couples: Cultural challenges for healthy dyads. En K. Organista, *HIV Prevention with Latinos. Theory, Research and Practice*. London: Oxford University Press.
- Scambler, G. (2006). Sociology, social structure and health-related stigma. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 288-295.
- Schuster, M., Collins, R., Cunningham, W., Morton, S., Zierler, S., Wong, M., Tu, W., & Kanouse, D. (2005). Perceived discrimination in clinical care in a nationally representative sample of hiv infected adults receiving health care. *J Gen Intern Med.*, 20(9), 807-813. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.05049.x
- Sepúlveda- Torre, De la Rosa, A., Cumba, L., Boukli, N., Ríos Olivares, E., y Cubano, L. (2012). Prevalence of Drug Resistance and Associated Mutations in a Population of HIV-1 Puerto Ricans: 2006-2010. *AIDS Research and Treatment* 2012, Article ID 934041. Accesado en <http://dx.doi.org/10.1155/2012/934041>
- Strauss, A. (2003). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Valle-Ferrer, D. (2011). *Espacios de libertad: mujeres, violencia doméstica y resistencia*. Argentina: Espacio Editorial.
- Vanable, P., Carey, M., Blair, D., & Littlewood, R. (2006). Impact of hiv related stigma on health behaviors and psychological adjustment among hiv positive men and women. *AIDS and Behavior*, 10(5), 473-482.
- Varas-Díaz, N. & Marzán-Rodríguez, M. (2007). The emotional aspect of AIDS stigma among health professionals in Puerto Rico. *AIDS Care*, 19(10), 1247-1257.
- Varas-Díaz, N., Serrano-García, I. y Toro-Alfonso, J. (2005). AIDS related stigma and social interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS. *Qualitative Health Research Journal*, 15, 169-187.
- Villegas Poljack, A. (2009). La Violencia Obstétrica y la Esterilización Forzada Frente al Discurso Médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14 (32), 125-148.
- Yannessa, J. F., Reece, M., y Basta, T. B. (2008). HIV Provider Perspectives: The Impact of Stigma on Substance Abusers Living with HIV in a Rural Area of the United States. *AIDS PATIENT CARE and STDs* 22(8), 669-675.